

Ю.С. НЕБЫЛИЦИН, А.Л. КРИШТОПОВ

**VI КОНФЕРЕНЦИЯ АССОЦИАЦИИ ФЛЕБОЛОГОВ РОССИИ
(23-25 МАЯ 2006 Г. МОСКВА)**УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

23-25 мая 2006 года в г. Москве прошла VI конференция Ассоциации флебологов России. Огромный интерес к проблеме заболеваний вен конечностей обусловил большое число участников конференции. Кроме россиян в её работе приняли участие хирурги из Азербайджана, Беларуси, Грузии, Узбекистана, Украины. Белорусская делегация была представлена специалистами из Витебска и Бреста.

Конференцию открыл президент Ассоциации флебологов России, академик, зав. кафедрой факультетской хирургии РГМУ В.С. Савельев. Программа конференции предполагала обсуждение следующих важных проблем современной флебологии: анатомия, физиология, эпидемиология, факторы риска ХВН; варикозная болезнь малого таза; диагностика ХВН; диагностика, лечение и профилактика ТЭЛА; консервативное лечение ХВН; острые венозные тромбозы; острый варикотромбофлебит; рецидивы варикозной болезни; травмы магистральных вен; трофические язвы; флебосклерозирующее лечение; хирургическое лечение варикозной болезни; эндохирургия ХВН. Всего состоялось 18 секционных заседаний. К сожалению, многие проходили одновременно, поэтому удалось посетить наиболее интересные для нас. Кроме того, прошло несколько сателлитных симпозиумов, посвященных актуальным вопросам медикаментозного и компрессионного лечения флебологических больных. Огром-

ный интерес вызвал мастер-класс «Флебосклерозирующее лечение варикозной болезни», на котором ведущие московские специалисты продемонстрировали современные методики флебосклерозирующего лечения.

Актуальные вопросы эпидемиологии, этиопатогенеза, диагностики и лечения ХВН недостаточности обсуждались на 12 секционных заседаниях. Это обусловлено развитием практически «эпидемии» венозной патологии. По данным докладчиков распространенность ХВН среди населения составляет от 40 до 60%, что значительно превышает «стандартные» значения 20-25%. При этом прирост заболеваемости отмечается практически во всех возрастных группах, в том числе среди подростков и в особенности среди лиц трудоспособного возраста (Колобова О.И. и соавт., Барнаул; Осипова Д.В. и соавт., Казань). В старшей возрастной группе (60 лет и более) процент лиц, имеющих клинически значимые признаки ХВН, превышает 60 % (Иванов Е.В., Тюмень).

Столь высокие цифры связаны, прежде всего, с широким внедрением в клиническую практику высокоинформативных неинвазивных методов диагностики – УЗ дуплексное и триплексное ангиосканирование с режимами ЦДК и энергетического Доплера, что позволяет выявлять патологические рефлюксы в системе магистральных вен нижних конечностей до развития

клинически манифестированных форм ХВН (Москов Д.В., Красноярск). Данный метод, являющийся на сегодняшний день «золотым стандартом» в диагностике ХВН, постепенно переходит в разряд скрининговых, что существенно повышает возможности выявления ранних форм ХВН на амбулаторном этапе (Кабилов А.В., Новокузнецк).

Следует отметить возрастающую роль использования стандартизированных опросников для определения качества жизни пациентов либо уже с диагностированными формами ХВН, либо с потенциальным риском развития данной патологии. На сегодняшний день в научных публикациях, как правило, фигурируют хорошо зарекомендовавшие себя западноевропейские опросники, а также балльная шкала CEAP (Шойхет Я.Н. и соавт., Барнаул).

Следует отметить, что диагностические возможности на современном этапе не ограничиваются УЗ-методами. Применение инвазивных методик (воходящая и ретроградная флебография) показано при необходимости коррекции клапанного аппарата глубоких вен (Клецкин А.Э., Нижний Новгород). Радиозотопная сцинтиграфия находит свое применение в оценке состояния мышечно-венозной помпы, диагностике тромбозомболических осложнений, оценке резорбтивно-транспортной функции лимфатической и венозной системы, однако ее применение ограничено диагностическими возможностями стационаров и клинических баз (Шуликовская Г.В. и соавт., Иркутск; Азизов Г.А., Аджан).

В развитии ХВН, помимо «классических» патогенетических механизмов и этиологических моментов: наследственность, беременность, ортостатическая перегрузка, новым направлением на сегодняшний день является исследование обмена соединительной ткани, в частности нарушение метаболизма сиаловых кислот, оксипролина и мукопротеинов, что ведет в конечном

итоге к недостаточности соединительной ткани и снижению прочности венозной стенки (Цуканов А.Ю., Омск). Роль иммунных механизмов в виде хронической активации иммунокомпетентных клеток в зоне флебогемодинамических нарушений (образование антител и комплексов антиген-антитела, снижение активности комплемента) в большей степени проявляется у лиц, длительно страдающих осложненными формами ХВН, утяжеляя при этом течение заболевания (Вахитов М.Ш., С-Петербург).

При обсуждении вопросов применения классификаций ХВН отмечалось широкое использование клинического раздела (C1-C6) северо-американской номенклатуры CEAP, что было отражено практически во всех докладах. Данный подраздел достаточно удобен при рандомизации пациентов как по данным клинко-инструментальных исследований, так и по характеру последующей терапии. При этом остальные подразделы CEAP, за исключением балльной шкалы оценки качества жизни, практически не используются.

Лечебные мероприятия на ранних стадиях заболевания (C1-C3) имеют целью достижение максимального косметического результата путем применения минимально инвазивных вмешательств в виде «классической» или модифицированной техники минифлебэктомии, щадящих методик стриппинга, катетерной склерооблитерации и микрофлебосклеротерапии, эндовенозной и чрезкожной лазерной коагуляции. При этом характерно стремление к комбинации различных методик для достижения максимального эффекта (Буторин С.П., Архангельск). Подобные вмешательства с успехом могут выполняться на амбулаторном этапе (Ларионов А.А. и соавт., С-Петербург). Совершенствование методик идет по пути разработки и использования флеботомов и венэкстракторов оригинальной конструкции (Салимжанов Н.Н., Москва).

Весьма интересной является предложенная методика ротофлебоэкстракции, которая позволяет удалять как измененный ствол, так и варикозные притоки различного диаметра с хорошими ближайшими и отдаленными результатами лечения (Сабельников В.В. и соавт., С-Петербург).

В лечении осложненных форм ХВН (С4-С6 по СЕАР) превалируют хирургические методики. При этом на сегодняшний день методика эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен голени (SEPS) практически полностью вытеснила традиционную операцию Линтона вследствие своей высокой эффективности, а также малой травматичности и может выполняться при открытых трофических язвах (Пулин А.Г. и соавт., Череповец). Совершенствование данного метода идет по пути использования методики подачи газа в субфасциальное пространство с целью улучшения визуализации, применения модифицированных клипс и альтернативных способов диссекции и гемостаза (Алексеев К.И. и соавт., Москва). Швальб П.Г., Селиверстов Д.В. (Рязань) рекомендуют применять в случаях тяжелых трофических расстройств реперфузионную остеотрепанацию берцовых костей с целью декомпрессии субфасциального пространства и улучшения трофических процессов. При этом Селиверстов Д.В. рассматривает данный метод как дополнение к SEPS.

Альтернативным способом улучшения дренажной функции и процессов трофики является предложенная микрохирургическая методика лимфо-венозного шунтирования в комплексе с реконструктивными операциями на клапанном аппарате вен (Дрожжин Е.В. и соавт., Сургут).

Консервативные мероприятия в лечении осложненных форм ХВН носят комплексный характер и включают активную медикаментозную терапию, действующую на разные звенья патологического процес-

са: флеботоники, антиоксиданты, нестероидные противовоспалительные препараты, периферические вазодилататоры, активное местное лечение (раневые покрытия), физиотерапевтические процедуры, перманентную эластическую компрессию. Относительно новым в лечении трофических язв венозной этиологии является использование вазопростана, ранее применявшегося у пациентов с критической ишемией конечностей при облитерирующих заболеваниях сосудов (Алехин Д.И.). Сдерживающим фактором остается относительно высокая стоимость курсового лечения препаратом. В арсенале местных средств находит свое применение низкоинтенсивное лазерное облучение гелий-неоновым лазером (Сергеев Н.А., Тверь), баротаж ран газообразным озоном (Чернов В.Н., Ростов-на-Дону), применение коллагено-содержащих покрытий (Яковченко А.В., Москва), что стимулирует репаративные процессы и сокращает сроки заживления язв.

При лечении рецидивов варикозной болезни причиной последних по данным УЗИ является неадекватное лигирование большой подкожной вены (60% рецидивов по данным Кириенко А.И. и соавт., Москва), наличие дистальных горизонтальных рефлюксов, выявление которых варьирует от 13,3% (Буторин С.П., Архангельск) до 85,4% (Постнова Н.А. и соавт., Москва). Объем вмешательства при рецидиве варикозной болезни выбирается в зависимости от клинических проявлений и может включать как хирургическое вмешательство, так и флебосклерооблитерацию.

Одной из основных проблем, обсужденных на конференции, была диагностика, лечение и профилактика острых варикотромбофлебита, тромбоза глубоких вен, а также тромбоэмболии легочной артерии. Эти вопросы обсуждались на пяти заседаниях. Большинство докладов было посвящено вопросам этиологии, совершенство-

ванию методов диагностики и лечения тромбозов, а также профилактики тромбоэмболии легочной артерии.

Варданян А.В. и соавт. (Москва) представили результаты молекулярно-диагностических исследований мутаций, ассоциированных с тромбофилиями у больных с послеоперационными острыми венозными флеботромбозами системы нижней полой вены. Исследование ДНК - ассоциированных тромбофилий у пациентов, перенесших тромбоз в системе НПВ, позволило выявить гетерозиготную мутацию в гене фактора V (FV Leiden), гомозиготную мутацию C6771 в гене 5,10 – метилентетрагидрофолатредуктазы (МТГФР). По мнению авторов, данные результаты генотипирования следует учитывать как дополнительный фактор риска развития тромбоза.

Дремов Р.И. и соавт. (Санкт-Петербург) в своем исследовании определяли уровень гомоцистеина и наличие мутации гена МТГФР у больных острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей. При выявлении гипергомоцистеинемии проводилась заместительная терапия фолиевой кислотой, витаминами В-6 и В-12. Через 2 месяца у подавляющего большинства пациентов происходила нормализация гомоцистеина, эпизодов ретромбоза или ТЭЛА не наблюдалось.

Сергова Н.Е. и соавт. (Москва) в своем докладе остановились на методах диагностики системы гемостаза у больных с острыми тромбозами глубоких вен нижних конечностей. Протокол гемостазиологического обследования включал ряд показателей: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), тромбиновое время, концентрация фибриногена, содержание растворимых комплексов фибрин – мономер, уровень антитромбина III, протеин С, XII а – зависимый фибринолиз, концентрация D – димер, активность

плазминогена, общая фибринолитическая активность, содержание С – реактивного белка, вязкость крови и плазмы. Исследования системы гемостаза позволили судить о претромботическом состоянии и вести контроль достаточности антикоагулянтной терапии.

Буткевич А.Ц. и соавт. (Москва) уточнили необходимость и клиническую значимость метода цветного дуплексного картирования в диагностике и лечении больных с подозрением на тромбоз глубоких вен. Данный метод позволяет четко дифференцировать патологические изменения у пациента, точно установить диагноз и проводить динамическое исследование венозного русла при лечении.

Карпенко А.А. и соавт. (Барнаул) в своем докладе отразили результаты эндоваскулярной профилактики тромбоэмболии легочной артерии кава-фильтром “волан” у больных гематогенными тромбофилиями. В подробном докладе была представлена тактика профилактики ТЭЛА у больных с рецидивирующими флеботромбозами, у которых были выявлены различные тромбофилии. Автор указал, что, несмотря на проводимую после имплантации кава-фильтра антитромботическую терапию в некоторых случаях развивались тромбозы нижней полой вены. После купирования острой стадии первичного флеботромбоза и ТЭЛА кава-фильтры удалялись. В случаях рецидивирующего течения заболевания требовалась повторная имплантация кава-фильтра в постоянной позиции.

Седов В.М. и соавт. (Санкт-Петербург) проанализировали отдаленные результаты 254 случаев каваклипирования в инфракрасном отделе. Оценка проведена с учетом качества жизни, лабораторных и инструментальных методов исследования. Предложенная методика не приводит к нарушениям венозного оттока и служит надежной преградой для тромбоэмболов из

системы нижней полой вены. Метод каваклипирования может быть рекомендован для более широкого использования в хирургической практике.

Жуков Б.Н. и соавт. (Самара) изучили влияние фотодинамической терапии (ФДТ) на динамику репаративных процессов в измененной сосудистой стенки. В качестве фотосенсибилизатора использовался фотодитазин. Источником лазерного излучения служил аппарат “Кристалл – М”. Лечебный эффект проводимой терапии вызван снижением избытка циркулирующих иммунных комплексов, что связано с разблокированием ретикуло-эндотелиальной системы, нормализацией естественной фибринолитической системы и функции моноцитов. Отдаленные результаты свидетельствовали об отсутствии тромбоэмболических осложнений и рецидивов заболевания.

Канцалиев Л.Б. и соавт. (Нальчик) предложили метод профилактики ТЭЛА, основанный на применении озонированного раствора 0,9% NaCl, и сравнили группы больных, получавших различные схемы

профилактики. Применение озонированного раствора 0,9% NaCl в комплексе лечебных мероприятий, по мнению авторов, является перспективным направлением, позволяющим предупреждать возникновение тромбоэмболических осложнений, и может применяться в клинической практике наравне с антикоагулянтными препаратами.

Все представленные на конференции доклады были заслушаны с большим интересом. Состоялись дискуссии и обмен мнениями. Отмечен высокий уровень представленных докладов и хорошая организация конференции. Следует отметить, что доклады белорусских хирургов были восприняты с большим интересом. Особое внимание российские коллеги обратили на материалы, посвященные вопросам улучшения диагностики тромбозов глубоких вен и хронической венозной недостаточности, а также гемодинамическим операциям при варикозной болезни. Приходится только сожалеть, что представительство белорусских хирургов на конгрессе оказалось довольно скромным.

Поступила 7.09.2006 г.